

Convenzione Rimborso Spese Mediche

no. 333669330 - Assicurazioni Generali - Opzione 1 Figli conviventi di Magistrati già assicurati

Inviare a magistrati.italia@marsh.com - Verranno respinti i moduli diversi dal presente - E' obbligatorio compilare il modulo in ogni sua parte

Dati personali del Caponucleo (Magistrato) Dati Obbligatori

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO ABITAZIONE _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. CELLULARE _____ / _____ E-MAIL _____

Chiede l'estensione di garanzia per:

FIGLIO CONVIVENTE CHE HA COMPIUTO I 27 ANNI TRA IL 1.10.2023 E IL 1.10.2024

PREMIO Euro 110,00 ☐

FIGLIO CONVIVENTE CHE HA COMPIUTO I 37 ANNI TRA IL 1.10.2023 E IL 1.10.2024

PREMIO Euro 458,00 ☐

Nome e Cognome	Data Nascita	Parentela	Codice fiscale
	___/___/___	Figlio/a convivente	
	___/___/___	Figlio/a convivente	
	___/___/___	Figlio/a convivente	
	___/___/___	Figlio/a convivente	
	___/___/___	Figlio/a convivente	

Domande di coerenza

Si intende sottoscrivere una polizza a copertura del rischio Invalidità Permanente da Malattia? SI ☐ NO ☐Si intende sottoscrivere una polizza a copertura del rischio di Responsabilità Civile del capofamiglia? SI ☐ NO ☐

Se la risposta alle domanda si cui sopra è SI il prodotto presentato NON E' COERENTE alle necessità e pertanto non attivabile

Dichiarazioni del proponente:

IL PROPONENTE DICHIARA DI:

- Essere in regola con l'iscrizione all'Associazione Nazionale Magistrati
- Aver letto la seguente documentazione ANM/2025
 - Polizza no. 333669330- Assicurazioni Generali S.p.A. e Fascicolo Informativo.
 - Scheda Informativa sul trattamento dei dati personali Marsh S.p.A.
 - Informativa precontrattuale: Modello 3-4 -4 ter di Marsh S.p.A.

Data _____

Firma _____

*NOTA BENE:

Le modalità di pagamento verranno inviate successive alla ricezione del presente modulo debitamente compilato e sottoscritto